

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Л.Н.ГУМИЛЕВ АТЫНДАҒЫ ЕУРАЗИЯ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ
L.N. GUMILYOV EURASIAN NATIONAL UNIVERSITY



IX Астана экономикалық форумы аясындағы
**«ЖАҒАНДАНУ ЖАҒДАЙЫНДА ЖАҢА ИНДУСТРИЯЛАНДЫРУ -
ҚАЗАҚСТАННЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ӨСУІНІҢ ДРАЙВЕРІ»**
жас ғалымдардың халықаралық ғылыми конференциясының
ЕҢБЕКТЕР ЖИНАҒЫ

II БӨЛІМ

25 мамыр 2016 жыл

СБОРНИК ТРУДОВ

международной научной конференции молодых ученых
**«НОВАЯ ИНДУСТРИАЛИЗАЦИЯ КАК ДРАЙВЕР ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РОСТА В КАЗАХСТАНЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ»**
под эгидой IX Астанинского экономического форума

ЧАСТЬ II

25 мая 2016 г.

PROCEEDINGS

of the international scientific conference of young scholars
**«NEW INDUSTRIALIZATION AS A DRIVER OF ECONOMIC
GROWTH IN KAZAKHSTAN IN TERMS OF GLOBALIZATION»**
in the framework of the IXth Astana Economic Forum

PART II

25 may 2016

Астана, Қазақстан
Astana, Kazakhstan

УДК 338.28(574)(06)
ББК 65.9(5Қаз)-551я431
Ж 28

Редакционная коллегия:

Декан Экономического факультета д.э.н., профессор Макыш С.Б.,
Заместитель декана по научной работе, к.э.н., и.о. доцента Бакирбекова А.М.
Заведующий кафедрой «Экономика» к.э.н., и.о. профессора Рахметулина Ж.Б.
Заведующий кафедрой «Финансы» д.э.н., и.о. профессора Садвокасова К.Ж.
Заведующий кафедрой «Туризм» к.э.н., доцент Дуйсембаев А.А.
Заведующий кафедрой «Учет, аудит и анализ» к.э.н., доцент Алибекова Б.А.
Заведующий кафедрой «Менеджмент» д.э.н., профессор Толысбаев Б.С.
Заведующий кафедрой «Экономическая теория и антимонопольное регулирование» к.э.н.,
доцент Бабланов Т.К., к.э.н., и.о. доцента Ауелбекова А.К.

Ж28 Жаһандану жағдайында жаңа индустриаландыру – Қазақстанның экономикалық өсуінің драйвері: Жас ғалымдардың халық. ғыл. конф. еңбектер жинағы. – Астана: Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2016.

Новая индустриализация как драйвер экономического роста в Казахстане в условиях глобализации: Сб. материалов межд. науч. конф. молодых ученых. – Астана: Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, 2016.

Proceedings of the international scientific conference of young scholars «**New industrialization as a driver of economic growth in Kazakhstan in condition of globalization**» Astana, L.N.Gumilyov Eurasian National University, 2016.

ISBN 978-9965-31-762-0

ISBN 978-9965-31-762-0

Халықаралық ғылыми конференциясының еңбек жинағында жаһандану жағдайындағы жаңа индустриаландыру мен экономикалық өсудің өзекті мәселелері қарастырылған.

В сборнике материалов международной научной конференции рассмотрены актуальные вопросы новой индустриализации и экономического роста в условиях глобализации.

The collection of materials in the international scientific conference considers important issues of the new industrialization and economic growth in globalization.

ISBN 978-9965-31-762-0

УДК 338.28(574)(06)
ББК 65.9(5Қаз)- 551я431

ISBN 978-9965-31-762-0

Кластерлік бастамаларды ынталандыруға бағытталған қолдау шараларын ұсыну пакеті мен тетіктерін анықтау мақсатында қолданыстағы мемлекеттік қолдаудың қаржылық және қаржылық емес шараларына талдау жүргізіліп жатыр. Осыған орай қолданыстағы «Индустриялық-инновациялық қызметті мемлекеттік қолдау туралы» Қазақстан Республикасының Заңы аясында Бизнесің жол картасы - 2020, Өнімділік - 2020, Экспорттаушы - 2020 бағдарламалары қабылданды [4].

Осы бағдарламалар шеңберінде кластерді дамыту бойынша мыналар көзделетін болады:

1) қаржылық және қаржылық емес қолдау шараларын ұсыну критерийлерін қайта қарай отырып, кластерлік бастамаларға басым мемлекеттік қолдау көрсету (субсидиялау, кепілдік беру, инфрақұрылым жеткізу, сервистік қолдау);

2) екінші деңгейдегі банктер, даму институттары және қарыз алушының арасында тәуекелдерді бөлу арқылы даму институттарының кластерлер жобаларына басым кредит беру;

3) кластерлер үшін ТДҰА және Ғылым қорының инновациялық гранттарын бөлу, ірі кәсіпорындар - кластерлерге қатысушыларды бірлесіп қаржыландыру арқылы перспективалы ҒЗТКЖ-ні қолдау;

4) ұлттық және ірі жүйе құрушы компаниялардың ұзақ мерзімді тапсырыстарды орналастыруы.

Әдебиеттер:

1. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаевтың Қазақстан халқына Жолдауы. 2014 жылғы 11 қараша.

2. Портер М. Международная конкуренция: Ағылшын тілінен аударма/В.Д. Щетининаның ред. – М.: Халықаралық қатынастар, 1993.-896 б.

3. Қазақстан Республикасының перспективалы ұлттық кластерін қалыптастырудың 2020 жылғы дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы 2013 жылғы 11 қазандағы № 1092 қаулысы.

4. «Бизнесің жол картасы 2020» бағдарламасы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2010 жылғы 13 сәуір № 301 қаулысы.

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Омирбаева Б.С.

Евразийский национальный университет им.Л.Н. Гумилева,

г.Астана, Республика Казахстан

E-mail: bibigul88@mail.ru

За годы независимости здравоохранение Казахстана пережило ряд реформ. Казахстан, как и другие страны бывшего Советского Союза, унаследовал систему здравоохранения, направленную на оказание стационарной помощи, в то время как уровень первичной медико-санитарной помощи оставался без внимания. Вместе с тем, необходимость реформирования системы здравоохранения была вызвана рядом факторов, как ухудшение состояния здоровья населения, рост формальных и неформальных платежей больных за медицинские услуги, чрезмерная ориентированность на стационарную помощь и неудовлетворенность общества системой здравоохранения в целом.

Поэтому перед Правительством стояла задача по совершенствованию системы здравоохранения. Однако начальный этап реформирования носил непоследовательный и непродуманный характер. Дефицит квалифицированных кадров в сфере управления, а также постоянные изменения в организационной структуре системы здравоохранения усиливали нарастающий объем проблем.

Начиная с 1996 года, структура Министерства здравоохранения РК менялась в среднем каждые два года, со сменой министров здравоохранения и их команд. В 1996 году Министерство здравоохранения РК как самостоятельный административный орган было упразднено и интегрировано в объединенное Министерство здравоохранения, образования и спорта РК с последующим восстановлением своего независимого статуса в 2002 году [1].

Сама структура системы здравоохранения менялась несколько раз. Сначала она представляла собой жесткую вертикальную иерархию. Затем это была интегрированная система областного уровня с большей самостоятельностью. И, наконец, трансформировалась в ныне действующую систему с разделением стационарной помощи и первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) между национальным и областными уровнями соответственно.

В начале третьего тысячелетия были разработаны и внедрены следующие программы развития здравоохранения – это Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан». Основные изменения в данных программах реформы касались переноса акцента с предоставления стационарной помощи на оказание ПМСП. Однако, стационары продолжают потреблять основную часть финансовых ресурсов здравоохранения.

В 2009 г. в ходе реформ была принята Концепция Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), основанной на свободном выборе поставщика медицинских услуг пациентом, развитии конкуренции и обеспечении прозрачности в системе здравоохранения и принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Также в 2015 году принята новая государственная программа в сфере здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 гг. Она является логическим продолжением программы «Саламатты Қазақстан» и направлена на закрепление уже достигнутых результатов, а также на повышение качества и доступности медицинских услуг и решение проблем в соответствии с новыми вызовами.

Несмотря на достигнутые заметные успехи в ходе проводимых реформ в сфере здравоохранения остаются нерешенные проблемы. Это проблемы менеджмента в здравоохранении, финансирования, проблемы, касающиеся качества и доступности медицинских услуг. Поэтому изучение мирового опыта позволит найти ответы на вопросы и сформулировать рекомендации по совершенствованию ныне действующей системы здравоохранения Казахстана.

В своем Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» Главой государства поставлена стратегическая цель – войти в число 30-ти наиболее развитых стран мира. Для достижения этой цели следует преодолеть существующий разрыв в развитии между странами ОЭСР и Казахстаном во всех отраслях и сферах деятельности, в том числе здравоохранении. Для этого необходимо подробно изучить здравоохранение ОЭСР и оценить возможность внедрения их действующих программ у нас.

В странах ОЭСР идет преимущественное развитие ПМСП. Соотношение объемов финансирования ПМСП и стационара в странах ОЭСР составляет 34% - стационар и 61% - ПМСП [2].

Развитие сильной ПМСП дает возможность удерживать основную часть больных на этом уровне и не позволять переходить на уровень стационаров. Это позволяет снизить риск развития хронических заболеваний, возникновения дальнейших осложнений заболевания и, соответственно, к сокращению количества койко-мест в стационарах и тем самым улучшить общее состояние здоровья населения в целом. Таким образом, ПМСП становится одной из важных составляющих всей системы.

Для сравнения, в Казахстане 62% средств на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) направляется в стационарный сектор. Это приводит к тому, что растет нагрузка на узких специалистов, увеличивается доля

необоснованных госпитализаций, идет дублирование, а соответственно и двойные расходы диагностических исследований в поликлиниках и стационарах. И причина всему этому – низкая результативность работы первичного звена.

Для стран ОЭСР характерен довольно высокий уровень финансирования отрасли. Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП составляет 9,4%, в Казахстане – 3,6%. В целом, государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане в 9 раз ниже, чем в странах ОЭСР (Казахстан – 268 долл. США; ОЭСР – 2414) [3].

Вследствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК – 35,4%, ОЭСР – 19,6%, ЕС – 16,3%). По данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризует повышенный риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическая продуктивность, уменьшение спроса на медицинские услуги), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей [3].

Также, в странах ОЭСР высокая доступность к основным лекарственным средствам. Надо отметить, что низкий уровень доступности к лекарственному обеспечению сдерживает успешное развитие ПМСП и провоцирует избыточную госпитализацию в стационар. Поэтому роль лекарственного обеспечения очень высока и находится на одном уровне с ПМСП.

Еще одной отличительной особенностью для стран ОЭСР – это приоритетное развитие медицинской науки. По их мнению, инвестиции в научные исследования – это инструмент ускорения технологического прогресса, который ведет к росту ВВП, появлению новых продуктов, новых рабочих мест с высокими заработными платами и высоких стандартов жизни.

В Казахстане, несмотря на то, что ставятся приоритеты в области развития инноваций, но инвестиции в этой сфере все еще сравнительно малы.

Среди стран ОЭСР хотелось бы более подробно остановиться на опыте Южной Кореи и США.

В Корею отмечается один из самых высоких среди развитых стран показатель ожидаемой продолжительности жизни, который в 2006 году составил 82,4 у женщин и 75,9 у мужчин.

В системе безопасного здравоохранения Южной Кореи три направления: государственная программа обязательного медицинского страхования (ОМС), программа медицинского содействия и программа долгосрочного страхования.

Система ОМС имеет универсальный охват. Всего за 12 лет с момента ее создания в 1977 г. она охватила практически все население страны, за исключением небольшой группы (3-4%) населения, для которых сейчас действует альтернативная программа помощи малоимущим.

До 2000 года система ОМС функционировала как система с множеством страховщиков, в стране насчитывалось более 370 страховщиков, основанных по региональному или производственному принципу. Впоследствии все страховщики были интегрированы в систему единого плательщика [4].

Государственную программу страхования граждан можно разделить на 4 компонента – Министерство здравоохранения, семьи и благосостояния, Государственная Корпорация Страхования Здоровья, Агентство по Надзору за Страхованием Здоровья, медицинские учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения. Министерство здравоохранения выполняет регулирующие функции и принимает политические решения, составляет и внедряет законодательные акты. Государственная Корпорация Страхования Здоровья отвечает за управление государственной программой страхования здоровья, а именно за регистрацию застрахованных лиц и членов их семей, сбор взносов и установки графика

оплаты медицинских услуг. Агентство по Надзору за Страхованием Здоровья ведет контроль над медицинскими расходами и оценку стоимости медицинских услуг. Медицинские учреждения, в свою очередь, управляются и контролируются Министерством здравоохранения.

По сравнению с другими странами ОЭСР в Южной Корее зарегистрирован относительно низкий уровень расходов на здравоохранение, хотя и отмечается тенденция к его постоянному росту [4].

Программа Медицинской Помощи была создана для семей с низким достатком. Для этой программы правительство оплачивает все медицинские расходы для пациентов, кто не имеет возможности оплатить медицинские услуги самостоятельно. После 2004г. программа медицинской помощи была расширена и стала распространяться на пожилых, трудноизлечимых и хронических больных, а также на детей до 18 лет. В настоящее время в связи с финансовыми трудностями у правительства программа медицинской помощи частично финансируется за счет ОМС.

Под программу долгосрочного страхования попадают пожилые люди с серьезными функциональными ограничениями в повседневной жизни (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, после инсультный паралич и т.п.). Внедрение этого вида страхования было вынужденной мерой со стороны правительства, столкнувшегося с резким старением населения и изменением традиционной структуры семьи. Программа долгосрочного страхования финансируется платежами застрахованных лиц, государственными субсидиями и совместными платежами лиц, попадающих под программу. Государство финансирует 20%. Пользователи услуги оплачивают от 15% до 20%.

Отличительной особенностью корейского здравоохранения является то, что пациенты могут пойти к любому доктору или любой медицинский институт, включая госпитали, который они выберут. Если за услугами ПМСП пациенты могут обратиться в клиники, больницы и больницы общего профиля (включая стоматологические больницы и центры традиционной медицины), то специализированная помощь предоставляется в больницах третичного уровня. Пациенты сами выбирают поставщика медицинских услуг без существенных ограничений выбора.

Несмотря на то, что программа ОМС включает в себя бесплатную стоматологическую помощь, уровень личных расходов граждан на получение этого вида помощи остается относительно высоким в силу того, что многие виды лечения не включены в программу ОМС. Правительство планирует расширить программу ОМС и включить в нее некоторые дополнительные услуги стоматологической помощи, например, протезирование.

Таким образом, Республика Корея добилась определенных успехов, в особенности в достижении всеобщего охвата ОМС в такие короткие сроки. К успехам также можно отнести обеспечение населения медицинской помощью хорошего качества с относительно низкими затратами и предоставление без ограничений свободного доступа к медицинским учреждениям.

США, в свою очередь, наоборот, не является социальным государством. Это единственная промышленно развитая страна, которая не гарантирует своим гражданам универсальной и всеохватывающей системы медицинского страхования. Соединенные Штаты Америки – обладатели самой дорогой системы здравоохранения в мире. Они тратят на систему охраны здоровья больше, чем любая другая страна. Но, несмотря на колоссальные успехи американского здравоохранения и системы медицинских услуг, миллионам американцев они недоступны из-за чрезвычайного роста стоимости. В США нет обязательного медицинского страхования. Расходы на медицину ложатся на плечи каждого конкретного человека. Высокая стоимость медицинских услуг обусловлена тем, что львиная доля отрасли отведена частным организациям, в то время как государство играет очень скромную роль.

Нельзя сказать, что такое положение дел является негативным. Наоборот, в этом есть и позитивный момент, который заключается в том, что платная медицина дисциплинирует

граждан, заставляет их быть более внимательными к своему здоровью. Понятно, что проходить ежегодные профилактические осмотры по страховому полису гораздо дешевле, нежели запустить заболевание и лечить его уже в стационаре, или когда оно перешло в хроническую форму.

Система здравоохранения США имеет плюралистический характер, что выражается в отсутствии единого централизованного управления и многочисленных типах медицинских учреждений. Все больницы в Америке можно разделить на 3 группы – это государственные, частные прибыльные и частные «неприбыльные». В государственных больницах финансирование ведется федеральным правительством и правительством штатов. Медицинские услуги здесь предоставляются ветеранам, инвалидам, госслужащим, больным туберкулезом и психическими заболеваниями. Что касается частных коммерческих больниц, то они составляют до 30% всех больниц и представляют собой типичное бизнес-предприятие, где капитал сформирован на индивидуальной основе, групповой или акционерной. А вот неприбыльные частные больницы создаются по инициативе религиозных или этнических групп или же местных жителей. Отличаются они от коммерческих больниц тем, что полученные доходы инвестируются в больницу, а не раздаются акционерам. Это позволяет повысить качество обслуживания, улучшить техническое оснащение, приобрести новейшее оборудование. Такая деятельность поощряется со стороны государства в виде льготного налогообложения. Однако, несмотря на то, что такой вид деятельности является неприбыльным, услуги здесь также предоставляются платно [5].

Таким образом, абсолютно все учреждения в Америке предоставляют медицинские услуги исключительно платно. Для ряда категорий граждан, что лечатся бесплатно, расходы компенсируются государством или специальными фондами.

Для тех граждан, кто не имеет частной страховки, в Америке существуют программы Medicare и Medicaid, а также другие программы различных штатов и местных властей для малообеспеченного населения. Цель таких программ заключается в том, чтобы охватить все слои населения и дать возможность доступа к медицинским услугам тем, кто в них нуждается.

Medicare – это государственная программа для лиц старше 65 лет. В соответствии с этой программой осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет, а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные отклонения в состоянии здоровья.

Эта страховая программа покрывает медицинскую помощь при острых состояниях, в том числе стационарное лечение, различные диагностические процедуры, медицинские услуги на дому и недлительное пребывание в домах престарелых. Кроме того, пациенты могут получить некоторые профилактические услуги, например, вакцинацию против гепатита В, гриппа, пневмококка, проведение маммографии. Данная программа частично финансируется за счет особого налога на работников, часть которого они платят сами, часть – работодатель. В целом этот налог составляет около 15% дохода занятых американцев. Другая часть Medicare финансируется из общих поступлений подоходного налога.

Государственная программа Medicaid предусматривает страхование американцев из бедных семей. Под эту программу также попадают пожилые люди, лица с увечьями, инвалиды, беременные и дети. Medicaid затрагивает пять основных видов услуг: стационарное и амбулаторное лечение, консультации различных специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторную диагностику и рентгенологические методы исследования. Программа Medicaid финансируется как федеральным правительством, так и органами управления штатов. Федеральное правительство оплачивает свою долю расходов по Medicaid из поступлений от общего налога, что составляет приблизительно половину всех расходов. Остальное оплачивает правительство каждого штата.

В 1966 г. Конгресс США принял закон, реформирующий систему социального обеспечения в США. С тех пор каждый штат страны подает федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным Medicaid. После

утверждения этого плана штаты стали использовать для финансирования медицинских услуг федеральные деньги, а также собственные доходы. В каждом штате существует своя программа Medicaid, что делает ее весьма сложной в управлении.

Таким образом, рынок страхования в США чрезвычайно монополизирован, что препятствует мобильности трудовых ресурсов и создаёт условия для дискриминации пациентов как до, так и после заключения страхового договора, в том числе в виде отказа в выплатах. Постоянно растущая стоимость Medicare и Medicaid служит одной из причин дефицита бюджета США. Нынешняя медицинская система отличается нерешенностью взаимодействия государственного и частного секторов экономики. Несмотря на то, что государство выделяет колоссальные суммы в отрасль, оно не имеет действенных рычагов контроля над ценами и издержками услуг и препаратов. В результате практически полностью отданная в частные руки медицина, хотя и отвечает американским идеалам, на деле оказывается непомерно дорогой.

По мнению автора, для Казахстана было бы идеальным найти некую золотую середину между рассмотренными системами здравоохранения. Здравоохранение Казахстана должно выглядеть как Корейская система с ее всеобъемлющим охватом населения ОМС и как система США с ее дисциплинированной ответственностью к своему здоровью. Главная задача здесь состоит в том, выработать механизм повышения качества медицинского обслуживания при одновременном контроле расходов средств. Этого можно добиться путем оптимизации потребления медицинских услуг как пользователями, так и производителями, а также начать практику внедрения методов доказательной медицины. Сейчас наступает такой период, когда неуклонно растет число хронических и неинфекционных заболеваний, поэтому укрепление здоровья населения возможно только при переходе от превалирующей тенденции лечения заболеваний к расширению спектра профилактических мер.

Литература:

1. Александр Кацага, Максут Кульжанов, Marina Karanikolos, Bernd Rechel «Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан. Обзор системы здравоохранения», том 14, 2012г.
2. OECD. Health at a Glance 2015: Health at a Glance /OECD. – OECD Publishing, 2015
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы
4. Системы здравоохранения: Время перемен. Реферат обзора: Республика Корея, 2010 г.
5. CIA World Factbook, 2014-2015.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛОГИСТИЧЕСКИХ ЗАТРАТ ПРЕДПРИЯТИЯ

Сазонова Ю.С., Раимбеков Ж.С.

Евразийский национальный университет им.Л.Н. Гумилева,

г. Астана, Республика Казахстан

E-mail: juliya_ss1993@mail.ru

В современных условиях нестабильности внешней среды экономическое развитие транспортного предприятия в значительной степени зависит от эффективного использования различного рода методов и моделей оптимизации логистических затрат, которые играют ключевую роль в развитии транспортного предприятия в целом. Это подтверждает и Х. М. Алимхаджиев, который отмечает, что логистические затраты в выручке от реализации составляют, например, в Германии - 12,05%, во Франции - 8,71%, в Голландии - 6,74%, в Великобритании - 7,74%, в США - 7,6% [1].

С учетом того, что удельный вес логистических затрат составляет 5-35% от объемов продаж в зависимости от направлений коммерческой деятельности предприятий, а их доля,